

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนใน
จังหวัดชลบุรีFactors Predicting the Care Readiness for Persons with Mental Disorders among
Community Networks in Chonburi Province

Received: May 22, 2020

Revised: Jun 5, 2020

Accepted: Jun 10, 2020

วรรณรัตน์ ลาวัง Ph.D. (Wannarat Lawang, Ph.D.)¹พิชามณูชู้ ปุณโณทก Ph.D. (Pichamon Poonnotok, Ph.D.)²อโนชา ทศนาธนชัย พย.ม. (Anocha Tassanatanachai, M.N.S.)³สุรภา สุขสวัสดิ์ พย.ม. (Surapa Suksawat, M.N.S.)⁴รัชณี สรรเสริญ Ph.D. (Rachanee Sunsem, Ph.D.)⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาคีเครือข่ายชุมชนเป็นทรัพยากรสำคัญในระบบการดูแลระยะยาว ความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนายมีกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรีจำนวน 197 คน (ทีมสุขภาพเชิงรุกจำนวน 100 คน และทีมหุ้นส่วนชุมชนจำนวน 97 คน) ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2562 โดยใช้แบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบเอง ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการดูแล ที่สนใจต่อโรคจิตเวชและการดูแล และความพร้อมในการดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบค่าที และถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ สมาชิกทีมสุขภาพเชิงรุกและทีมหุ้นส่วนชุมชน มีความพร้อมในการดูแลภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M_{adj}=3.24, SD_{adj}=0.73$) โดยทุกด้านมีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งด้านที่มีความพร้อมมากที่สุด คือ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย ($M_{adj}=3.30, SD_{adj}=0.76$) รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว ($M_{adj}=3.26, SD_{adj}=0.68$) และด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล ($M_{adj}=3.15, SD_{adj}=0.78$) ตามลำดับ โดยตัวแปรที่สนใจต่อโรคจิตเวชและการดูแล การยอมรับบทบาทการดูแล และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแล สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนในภาพรวมได้ร้อยละ 33.6 ($R^2=.336, R^2_{adj}=.326, F=46.549, p<.001$) $Z_{\text{ความพร้อมของภาคีเครือข่ายชุมชน}} = .367(Z_{\text{ที่สนใจต่อโรคจิตเวช}}) + .260(Z_{\text{การยอมรับบทบาท}}) + .127(Z_{\text{การได้รับการอบรม}})$

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

¹Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: lawang@go.buu.ac.th

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, E-mail: mouth.mind@gmail.com

³อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา E-mail: anochat@go.buu.ac.th

⁴ผู้อำนวยการพิเศษ พยาบาล ๗ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา E-mail: surapa.pae@gmail.com

⁵รองศาสตราจารย์ คณบดีสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง E-mail: rachanee.sun@mfu.ac.th

^{1,2,3}Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand

⁴Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Chonburi, Thailand

⁵Faculty of Health Sciences, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand

สรุปผล: ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ ทักษะคิดต่อโรคจิตเวช และการดูแล การยอมรับบทบาทการดูแล และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแล

ข้อเสนอแนะ: ผู้บริหาร พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิควรให้ความสำคัญกับการยกระดับความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนทั้งทีมสุขภาพเชิงรุกและทีมหุ้นส่วนชุมชน ผ่านการพัฒนาโปรแกรม/รูปแบบ/กลวิธีที่ส่งเสริมความพร้อมฯ โดยเน้นการเสริมสร้างทักษะคิดต่อโรคจิตเวช และการดูแล เพิ่มการยอมรับบทบาทการดูแล และจัดการอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการดูแล เพื่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของภาคีเครือข่ายชุมชนที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช ครอบครัว และระบบการดูแลระยะยาว

คำสำคัญ: ความพร้อมในการดูแล, ผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช, ภาคีเครือข่ายชุมชน, ทักษะคิด, การยอมรับบทบาท, การได้รับการอบรม

Abstract

Introduction: Community Network is an importance resource in the long-term care system. The care readiness for people with mental disorders is an essential.

Research objectives: To determine factors predicting the care readiness for persons with mental disorders among community networks.

Research methodology: This study is predictive correlational research. Multi-stage random sampling was used to recruit 197 members of community networks in Chonburi province (including 100 proactive health personnel and 97 community partners). Data collection was carried out from October 2018 to March 2019 using self-administered questionnaires consisted of personal data, care data, mental disorder and care attitude, and care readiness. Descriptive statistics, t-test, and stepwise multiple regression statistics were used to analyze the data.

Results: The results revealed that the overall of the care readiness for persons with mental disorders among the members of community networks (including the proactive healthcare team and the community partner team) was at a moderate level ($M_{adj}=3.24$, $SD_{adj}=0.73$). All aspects were at moderate levels, with the readiness to meet the needs of the persons with mental health disorders ($M_{adj}=3.30$, $SD_{adj}=0.76$), followed by the readiness to meet the needs of the families ($M_{adj}=3.26$, $SD_{adj}=0.68$), and the readiness to support care resources ($M_{adj}=3.15$, $SD_{adj}=0.78$), respectively. The care attitude, caring role acceptance, and care training, could predict 33.6% of the variance accounted for the overall of the care readiness ($R^2=.336$, $R^2_{adj}=.326$, $F=46.549$, $p<.001$). $Z_{care\ readiness} = .367(Z_{attitude}) + .260(Z_{role\ acceptance}) + .127(Z_{training})$

Conclusions: Factors predicting the care readiness for persons with mental disorders among community networks are care attitude, caring role acceptance, and care training.

Implications: Administrators, nurses, and other health personnel who work in communities or the contracting unit for primary care should address for enhancing the care readiness among the community networks, both the proactive healthcare team and the community partner team through program/model/strategy developing by focusing on promoting care attitude, increasing caring role acceptance, and providing short course training about care for the persons with mental health disorders. Community Network's care efficiency can be improved resulting to positive outcomes on the persons with mental disorders, their families, and long-term care system.

Keywords: care readiness, persons with mental disorders, community networks, attitude, role acceptance, training

บทนำ

การเจ็บป่วยเรื้อรังทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อในวงกว้างทั้งต่อผู้ที่เจ็บป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคมทั่วโลก¹ โรคจิตเวชเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของสมอง ทำให้บุคคลมีความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง ส่งผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม² จากการศึกษาความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเวชในคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2556 พบว่า คนไทยประมาณ 3.9 ล้านคน (ร้อยละ 7.40) ป่วยด้วยโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยพบในกลุ่มความผิดปกติของการควบคุมตัวเองมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มวิตกกังวล และกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ตามลำดับ โดยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาประมาณ 3.4 แสนคนมีประสบการณ์ฆ่าตัวตายอย่างน้อยหนึ่งครั้ง² ซึ่งการจัดการปัญหาผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชที่มีประสิทธิภาพ คือ การให้ผู้ที่เจ็บป่วยได้รับการรักษาและดูแลต่อเนื่องในชุมชน³ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ² จึงทำให้ขาดการรักษาและไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่ออยู่ในชุมชน ซึ่งส่งผลกระทบต่ออาการของโรคกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำอย่างเฉียบพลันหรือรุนแรง จนเป็นอันตรายทั้งต่อสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่นในชุมชน³ ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชในชุมชนที่มีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นยิ่ง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพจิตของประชาชนกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชระยะยาว ที่มุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานแทนการดูแลโดยใช้สถานบริการเป็นฐาน ผ่านการเชื่อมโยงระบบบริการระดับตติยภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับปฐมภูมิ จนเกิดเป็นเครือข่ายบริการแบบบูรณาการ ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญคือ ผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชได้เข้าถึงบริการ ได้รับการรักษา และได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อเนื่องในชุมชน เพื่อไม่ให้มีอาการทางจิตกำเริบ เห็นคุณค่าในตนเองปรับตัว และดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข⁴ ทั้งนี้ ระบบการดูแลระยะยาวที่ดีควรเป็นการจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยผ่านการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว

ดูแลกันและกันที่บ้าน ภายใต้การสนับสนุนช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ^{3,4} โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานขับเคลื่อน/บริหารจัดการระบบการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชระยะยาวในชุมชนคือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)³

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและรับรู้ปัญหาความต้องการของคนในชุมชน โดยบทบาทหนึ่งที่สำคัญคือ การบริหารจัดการดูแลทั้งการปฏิบัติการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชแต่ละคนโดยตรงหรือปฏิบัติร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวในการดูแลที่บ้าน^{3,5,6} แต่เนื่องจากความผิดปกติทางความคิดหรือการรับรู้ รวมทั้งอารมณ์หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง เช่น ประสาทหลอน หูแว่ว หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า หรือก้าวร้าวรุนแรง เป็นต้น ทำให้กิจกรรมการดูแลมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต่อเนื่อง และยาวนาน⁷ จนอาจทำให้ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวรู้สึกเป็นภาระ ท้อแท้ หดหู่หวงในการรักษา เกิดความเครียด หรือขาดการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพกายหรือปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตามมา จนอาจเกิดผลกระทบหรือละเลยต่อการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชได้^{1,8} จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชโดยครอบครัวเพียงฝ่ายเดียวในระยะยาวนั้นยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้ พยาบาลจึงจำเป็นต้องทำบทบาทการส่งเสริมและสนับสนุนให้เครือข่ายชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช ซึ่งเป็นเงื่อนไขความสำเร็จของการดูแลที่ต่อเนื่องและคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดีของคนในชุมชน^{4,9,10}

ภาคีเครือข่ายชุมชนเป็นกลุ่มคนหรือกลุ่มหน่วยงานที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกเครือข่าย มีปฏิสัมพันธ์กัน และร่วมมือกันดำเนินกิจกรรมของชุมชนในทิศทางเดียวกัน ซึ่งการทำงานแบบเครือข่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพในชุมชนที่ยั่งยืน¹¹ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาคีเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย (1) ทีมบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสุขภาพ และ (2) ทีมภาคประชาชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ แกนนำ/ผู้นำในองค์กรชุมชนหรือในสังคม เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำทางศาสนา

เป็นต้น^{3,9} ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง (Innovative care for chronic conditions [ICCC] framework) ขององค์การอนามัยโลก¹² ที่ระบุว่า การดูแลผู้มีภาวะเรื้อรังให้ประสบความสำเร็จ นอกจากผู้ที่เจ็บป่วยและสมาชิกครอบครัวดูแลกันแล้วต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ได้แก่ ทีมดูแลสุขภาพเชิงรุก และทีมหุ้นส่วนชุมชน โดยเครือข่ายเหล่านี้จะมีปฏิสัมพันธ์และบูรณาการการทำงานร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายผลลัพธ์ที่ดีขึ้น แต่ที่ผ่านมา พบว่า ทีมบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการปฐมภูมิและมีความชำนาญเฉพาะทางเช่นพยาบาลจิตเวชมีจำนวนไม่เพียงพอ ประกอบกับผู้ปฏิบัติงานอยู่มีปริมาณภาระงานมากและขาดความรู้ทักษะในงานด้านจิตเวช ทำให้ไม่สามารถดูแลและติดตามผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชได้เต็มที่และต่อเนื่อง^{4,6} ส่วนที่ภูมิภาคประชาชนยังมีข้อจำกัดเรื่องความรู้และมีทัศนคติด้านลบเกี่ยวกับโรคจิตเวช^{10,13} นอกจากนี้การบริหารจัดการความร่วมมือของทั้งสองทีมยังไม่ชัดเจน⁶ จึงเป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนความพร้อมของภาคีเครือข่ายชุมชนว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิในการวางแผนส่งเสริมความพร้อมเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จของระบบการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชระยะยาวในชุมชน

ความพร้อมเป็นการรับรู้ของบุคคลว่า สามารถปฏิบัติงานได้ตามที่กำหนดไว้ในขอบเขตมากน้อยเพียงใด⁶ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนเป็นการรับรู้ของภาคีเครือข่ายชุมชนว่า ตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชระยะยาวในชุมชนมากน้อยเพียงใด จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชและผู้ที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังอื่นในชุมชนพบว่า ความพร้อมในการดูแลมี 3 ด้าน^{3,5,6,13} ได้แก่ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย เช่น การประเมิน/เฝ้าระวัง/ส่งต่อ ดูแลจิตใจ/ร่างกาย ส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม/จิตวิญญาณ เป็นต้น ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว เช่น การส่งเสริมศักยภาพ การดูแลสุขภาพผู้ดูแล เป็นต้น และด้านแหล่งสนับสนุน เช่น การช่วยเหลือในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล วัสดุ อุปกรณ์ รวมถึงเครือข่ายให้คำ

ปรึกษา เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาคีเครือข่ายชุมชน อาทิ พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. มีความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง⁶ ส่วน อสม. มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชในชุมชน¹³ ซึ่งหากเครือข่ายชุมชนมีความพร้อมน้อยหรือไม่เพียงพอจะนำไปสู่การปฏิบัติบทบาทการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เจ็บป่วย¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับประยุกต์แนวคิด ICC¹² พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่ส่งเสริมให้บุคคลเกิดความพร้อมในการดูแลทั้งปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารรวมถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอจะช่วยให้บุคคลเข้าใจในสถานการณ์ แนวทางการบริการ สิทธิ และสวัสดิการต่าง ๆ จนนำไปสู่ความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงได้ การได้รับการฝึกอบรมในสาระเนื้อหาฝึกทักษะ และเตรียมทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็นในเรื่องนั้น จะช่วยบุคคลเพิ่มความรู้ ทักษะ และแหล่งสนับสนุน จึงเกิดความมั่นใจและพร้อมเมื่อปฏิบัติบทบาท¹⁴⁻¹⁶ การมีทัศนคติด้านบวกต่อผู้ที่เจ็บป่วยและการดูแลในชุมชน จะช่วยให้บุคคลไม่กลัวหรือรังเกียจผู้ที่เจ็บป่วย เห็นด้วยกับการดูแลในชุมชนว่าสามารถแก้ไขปัญหาได้ ตลอดจนการยอมรับบทบาทผู้ทำหน้าที่ดูแลด้วยความเต็มใจ เหล่านี้จะเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมาย จนนำไปสู่ความพร้อมในการดูแล^{14,15,17} ส่วนปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น และประสบการณ์ปฏิบัติงานที่มากขึ้น มีผลต่อการเรียนรู้ และเพิ่มความพร้อมในการปฏิบัติบทบาท⁶ ซึ่งการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยเน้นศึกษาเฉพาะปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้

จังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดที่มีสถานการณ์โรคจิตเวชสอดคล้องกับข้อมูลข้างต้น โดยมีจำนวนผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 6 และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น¹⁸ โดยผู้ที่เจ็บป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนการดูแลระยะยาวจากภาคีเครือข่ายชุมชน ประกอบกับในประเทศไทย ยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลครอบครัวทุกภาคีเครือข่ายชุมชน คณะผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการและพยาบาลที่มีส่วนดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน เห็นความสำคัญและความจำเป็นในการเติมเต็มองค์ความรู้ดังกล่าว จึงศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนและปัจจัยทำนายความพร้อมดังกล่าว

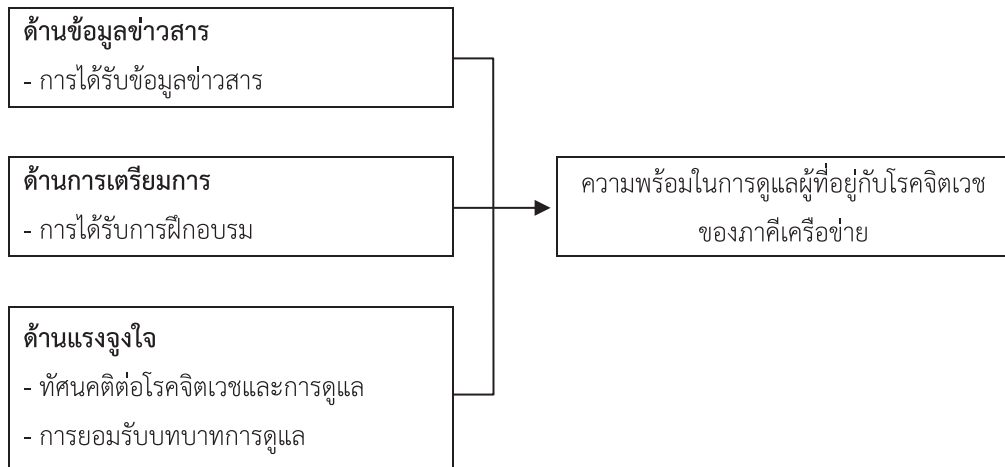
ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชระยะยาวให้กับภาคีเครือข่ายชุมชน จนมีศักยภาพในการทำงาน อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลที่ต่อเนื่อง จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี ลดการกลับเป็นซ้ำ ลดภาระของครอบครัว และเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งผู้อยู่กับโรคจิตเวชและครอบครัว^{3,4}

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยบูรณาการผลการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions: ICCC) ขององค์การอนามัยโลก¹² มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยแนวคิด ICCC อธิบายเกี่ยวกับการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรังผ่านการมีปฏิสัมพันธ์เชิงระบบของเครือข่ายระดับใหญ่ (macro level) ระดับกลาง (meso level) และระดับเล็ก (micro level) ซึ่งระดับที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้เจ็บป่วยเรื้อรังโดยตรงและส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการดูแลมากที่สุดคือ ระดับเล็ก โดยเครือข่ายการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง ประกอบด้วย กลุ่มผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว ต่อมาเป็นทีมสุขภาพเชิงรุกคือ ผู้ให้บริการจากสถานบริการในชุมชน และสุดท้ายทีมหุ้นส่วนชุมชน ได้แก่ ผู้นำหรือผู้ที่อาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งการทำหน้าที่ของแต่ละเครือข่ายจะต้องมีศักยภาพหรือความพร้อม ที่จะเกิดขึ้นได้เมื่อเครือข่ายได้รับการสนับสนุน 3 ประการ ได้แก่ 1) การได้รับข้อมูลข่าวสาร (informed) เป็นการแจ้งและส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะเรื้อรังรวมถึงผลลัพธ์ที่ความคาดหวัง เพื่อให้มีความเข้าใจในสถานการณ์

และเข้าถึงแนวทางการดูแล 2) การได้รับการเตรียมการ (prepared) เป็นการอบรม/ฝึกทักษะและเตรียมทรัพยากรเพื่อให้มีความรู้และทักษะ รวมถึงทรัพยากรที่ต้องใช้ และ 3) การกระตุ้นแรงจูงใจ (motivated) เป็นการกระตุ้นทัศนคติที่ดีต่อการทำบทบาทและเพิ่มการยอมรับในการปฏิบัติตามบทบาทการดูแล เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ/เต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในการดูแล

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยพิจารณาให้ผู้อยู่กับโรคจิตเวชและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการจัดบริการดูแลผู้อยู่กับโรคจิตเวชระยะยาว ส่วนภาคีเครือข่ายชุมชนที่มีส่วนในการดูแลผู้อยู่กับโรคจิตเวชมี 2 เครือข่าย ประกอบด้วย ทีมสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และทีมหุ้นส่วนชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการในชุมชน^{3,9} ซึ่งการปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้อยู่กับโรคจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ภาคีเครือข่ายชุมชนต้องมีความพร้อม กล่าวคือ ภาคีเครือข่ายชุมชนรับรู้ว่าจะตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทการดูแลผู้อยู่กับโรคจิตเวชระยะยาวในชุมชนให้สำเร็จลุล่วงมากขึ้นน้อยเพียงใด จากการทบทวนวรรณกรรมมี 3 ด้าน^{3,5,6,13} ได้แก่ การตอบสนองต่อความต้องการของผู้อยู่กับโรคจิตเวช การตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว และด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล ส่วนปัจจัยที่จะร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนครอบคลุม¹⁴⁻¹⁷ 1) ปัจจัยด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การได้รับข้อมูลข่าวสาร 2) ปัจจัยด้านการเตรียมการ คือ การได้รับการอบรม และ 3) ปัจจัยด้านการสร้างแรงจูงใจ คือ ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแลและการยอมรับบทบาทการดูแล (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการฝึกอบรม ทักษะติดต่อโรคจิตเวชและการดูแล และการยอมรับบทบาทการดูแลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี

สมมติฐานการวิจัย

การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการฝึกอบรม ทักษะติดต่อโรคจิตเวชและการดูแล และการยอมรับบทบาทการดูแลสามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) แบบการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational study) ซึ่งมีระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นภาคีเครือข่ายชุมชน มี 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

- (1) ทีมสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหรือ

บุคลากรผู้ให้บริการจากสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นบุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์/มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 ปี และ

- (2) ทีมหุ้นส่วนชุมชน ได้แก่ อสม./จิตอาสา ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการ (นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อปท.) เจ้าหน้าที่/สมาชิก อปท. หรือกำนัน/ผู้ใหญ่) และไม่เป็นทางการ (ผู้นำทางศาสนาหรือผู้ที่ได้รับการนับถือในชุมชน) ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นบุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์/มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 ปี และ 3) อ่านและเขียนภาษาไทยได้

คณะผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอต่อการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ โดยคำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 จึงกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (alpha) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .06 ซึ่งอยู่ระหว่างขนาดเล็กและกลางเนื่องจากเป็นขนาดอิทธิพลที่แนะนำสำหรับวิจัยทางการแพทย์ที่ไม่มีลักษณะคล้ายคลึงมาก่อน¹⁹ และเปิดตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติถดถอยพหุคูณที่จำนวนตัวแปรต้น 4 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 190 คน¹⁹ เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ของที่คำนวณได้²⁰ การศึกษานี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 200 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มหลายขั้นตอน เริ่มจาก (1) การสุ่มอำเภอตัวอย่าง ใช้การสุ่มอย่าง

ง่ายด้วยวิธีจับฉลากจากกลุ่มอำเภอที่มีลักษณะพื้นที่ต่างกัน ในจังหวัดชลบุรี ได้แก่ อำเภอในพื้นที่เขตเมือง 2 อำเภอ เขตชนบท 1 อำเภอ และเขตอุตสาหกรรม 1 อำเภอ รวม 4 อำเภอ (2) การสุ่ม รพ.สต. ตัวอย่างจาก 4 อำเภอ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลากจากบัญชีรายชื่อ รพ.สต. ซึ่งมีความใกล้เคียงกันทั้งด้านนโยบายและการจัดบริการด้านสุขภาพในแต่ละอำเภอ อำเภอละ 5 รพ.สต. รวม 20 รพ.สต. และ (3) การสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพเชิงรุกจาก 20 รพ.สต. โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีฉลากจากทะเบียนรายชื่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน ตามคุณสมบัติที่กำหนด รพ.สต. ละ 5 คน รวม 100 คน ซึ่งหากมีจำนวนบุคลากรไม่ถึง 5 คนดำเนินการสุ่มรายชื่อจาก รพ.สต. ในอำเภอเดียวกันเพิ่ม และ (4) การสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีหุ้นส่วนชุมชนจาก 20 รพ.สต. โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีฉลากจากทะเบียนรายชื่อ อสม./จิตอาสา ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่ง รพ.สต. ได้จัดทำทะเบียนไว้ รพ.สต. ละ 5 คน รวม 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง (self-report questionnaires) ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร มี 4 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา และอาชีพ

ส่วนที่ 2 การดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช มี 5 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาที่มีส่วนร่วมในการดูแล กิจกรรมการดูแล การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการฝึกอบรม และการยอมรับบทบาทการดูแล

สำหรับข้อการได้รับข้อมูลข่าวสารและการยอมรับบทบาทการดูแล คณะผู้วิจัยใช้มาตรวัดชนิดตัวเลข 0-10 คะแนน โดยด้านซ้ายสุด (0 คะแนน) หมายถึง ไม่ได้รับ/ไม่ได้ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลเลยหรือรู้สึกไม่ยอมรับ/ไม่เต็มใจในการปฏิบัติบทบาท/เลย ซึ่งจะเพิ่มขึ้นเรื่อยไปทางขวาจนถึงด้านขวาสุด (10 คะแนน) หมายถึง ได้รับ/ได้ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลเต็มที่หรือรู้สึกยอมรับ/เต็มใจในการปฏิบัติบทบาท/อย่างยิ่ง ถ้าคะแนนสูง

แสดงว่า ภาคีเครือข่ายชุมชนได้รับข้อมูลข่าวสาร/ยอมรับในบทบาทมาก การแปลผลเพื่อบรรยายมี 3 ระดับ²¹ คือ คะแนนอยู่ในช่วง 0-3, 4-7 และ 8-10 หมายถึง ภาคีเครือข่ายชุมชนได้รับข้อมูลข่าวสารหรือยอมรับในบทบาทในระดับต่ำ ปานกลาง และสูงตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดต่อโรคจิตเวชและการดูแล มี 10 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ ทักษะคิดต่อโรคจิตเวช (3 ข้อ) และทักษะคิดต่อการดูแล (7 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (เห็นด้วยน้อยที่สุดถึงมากที่สุด) คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน (ด้านบวก) และ 5-1 คะแนน (ด้านลบ) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่าภาคีเครือข่ายชุมชนมีทักษะคิดที่ดี การแปลผลเพื่อบรรยายมี 3 ระดับ²¹ คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-2.33, 2.34-3.67 และ 3.68-5.00 หมายถึง ภาคีเครือข่ายชุมชนมีทักษะคิดในระดับไม่ดี ปานกลาง และดีตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ความพร้อมในการดูแล มี 17 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช (6 ข้อ) ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว (6 ข้อ) และด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล (5 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (พร้อมน้อยที่สุดถึงมากที่สุด) คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 17-85 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ภาคีเครือข่ายชุมชนมีความพร้อมในการดูแลมาก การแปลผลเพื่อบรรยายมี 3 ระดับ²¹ คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-2.33, 2.34-3.67 และ 3.68-5.00 หมายถึง ภาคีเครือข่ายชุมชนมีความพร้อมในระดับน้อย ปานกลาง และมากตามลำดับ

คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามทักษะคิดต่อโรคจิตเวชและการดูแลและความพร้อมในการดูแลไปหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้เท่ากับ 1.00 และ 0.94 ตามลำดับ จากนั้นนำไปทดลองใช้ในผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนและนำไปหาความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.78 และ 0.96 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้²⁰

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (sci 049/2561) โดยการตอบรับหรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ส่งผลกระทบต่ออย่างใดต่อการปฏิบัติงานหรือการรับบริการ ใด ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับโดยจะใช้เลขรหัสแทนชื่อ-นามสกุล การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นในภาพรวม และจะทำลายข้อมูลจะกระทำภายหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่ และตีพิมพ์แล้ว

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2562 โดยประสานงานผ่านสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. ตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดโครงการวิจัย ขอความร่วมมือการสุ่มและนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น คณะผู้วิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาที่ได้นัดหมายที่ รพ.สต. หรือ สถานที่ในชุมชน โดยแนะนำตัวพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธี รวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งตอบ ข้อสงสัยของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเข้าใจและ ลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงเริ่มให้กลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (1) วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean, [M]) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation [SD.]) ค่าเฉลี่ยปรับฐาน (Adjusted mean [M_{adj}]) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานปรับฐาน (Adjusted standard deviation [SD_{adj}]) ค่ามัธยฐาน (Median [Med]) และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range [IQR]) (2) วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มของภาคีเครือข่าย โดยการทดสอบค่าที่แบบกลุ่มอิสระต่อกัน (independent t-test) และ (3) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยการถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression statistics) ที่ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งก่อนวิเคราะห์ข้อมูลได้ ทดสอบพบว่า ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ สถิติ

ผลการวิจัย

คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วน จำนวน 197 ชุด (ร้อยละ 98.5) มาวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอ ผลการวิจัย โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของภาคี เครือข่ายชุมชน

1.1 กลุ่มตัวอย่างภาคีเครือข่ายชุมชนเป็นทีมสุขภาพ เจริญ (ร้อยละ 50.8) ใกล้เคียงกับทีมหุ้นส่วนชุมชน (ร้อยละ 59.2) มีอายุระหว่าง 20-78 ปี (M=44.26, SD=13.66) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.2) ส่วนมากจบการศึกษา ระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 58.4) และเป็นข้าราชการ/ พนักงานของรัฐ (ร้อยละ 61.9)

1.2 ทีมสุขภาพเจริญส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 56) ที่เหลือเป็นนักวิชาการสาธารณสุขและ เจ้าพนักงานสาธารณสุข (ร้อยละ 44) มีอายุระหว่าง 22-59 ปี (M=38.62, SD=10.70) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.0) จบปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 75) และทุกคน เป็นข้าราชการ/พนักงานของรัฐ

1.3 ทีมหุ้นส่วนชุมชนประมาณครึ่งหนึ่งเป็น อสม. (ร้อยละ 51.5) ที่เหลือเป็นผู้นำที่เป็นทางการ ได้แก่ นายก/ สมาชิก อบต. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และกรรมการชุมชน (ร้อยละ 48.5) และผู้นำที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ พระ ปราชญ์ ชาวบ้าน และข้าราชการเกษียณ (ร้อยละ 17.50) มีอายุระหว่าง 20-78 ปี (M=50.12, SD=13.77) ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.10) จบประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 30.90) รองลงมาคือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 27.80) โดยมีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด (ร้อยละ 37.10) รองลงมาคือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 26.20)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลบริบทการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช

2.1 กลุ่มตัวอย่างภาคีเครือข่ายชุมชนภาพรวมมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่าง 1-33 ปี (Med=2.50, IQR=1) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 81.70) กิจกรรมการดูแล 3 อันดับแรก ได้แก่ ดูแลครอบครัวทางด้านจิตใจ (M=1.90, SD=0.67) ให้ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ (M=1.81, SD=0.68) และดูแลครอบครัวทางด้านสังคม (M=1.68, SD=0.63)

2.2 ทีมสุขภาพเจริญมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่าง 1-33 ปี (Med=3, IQR=2) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี

(ร้อยละ 78) กิจกรรมการดูแล 3 อันดับแรก ได้แก่ ดูแลครอบครัวทางด้านจิตใจ ($M=1.99$, $SD=0.64$) ให้ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ ($M=1.91$, $SD=0.62$) และประเมินและตรวจสอบอาการผิดปกติของผู้ป่วย ($M=1.88$, $SD=0.62$)

2.3 ทีมหุ่นส่วนชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่าง 1-20 ปี ($Med=2$, $IQR=1$) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 85.60) กิจกรรมการดูแล 3 อันดับแรก ได้แก่ ดูแลครอบครัวทางด้านจิตใจ ($M=1.81$, $SD=0.70$) ให้ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ ($M=1.72$, $SD=0.73$) และดูแลครอบครัวทางด้านสังคม ($M=1.71$, $SD=0.71$)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแล

3.1 ภาคิเครือข่ายชุมชนส่วนมากได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช (ร้อยละ 59.90) ซึ่งทีมสุขภาพเชิงรุกได้รับการอบรม (ร้อยละ 59) ใกล้เคียงกับทีมหุ่นส่วนชุมชน (ร้อยละ 60.80)

3.2 ภาคิเครือข่ายชุมชนได้รับและได้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชในระดับ

ปานกลาง ($M=7.38$, $SD=1.68$) โดยทั้งทีมสุขภาพเชิงรุกและทีมหุ่นส่วนชุมชนได้รับข้อมูลข่าวสารระดับปานกลาง ($M=7.37$, $SD=1.63$ และ $M=7.40$, $SD=1.75$) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 ภาคิเครือข่ายชุมชนยอมรับหรือเต็มใจทำบทบาทการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชในระดับปานกลาง ($M=6.69$, $SD=2.05$) โดยทั้งทีมสุขภาพเชิงรุกและทีมหุ่นส่วนชุมชนมีการยอมรับบทบาทการดูแลระดับปานกลาง ($M=6.93$, $SD=1.79$ และ $M=6.44$, $SD=2.27$ ตามลำดับ) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4 ภาคิเครือข่ายชุมชนมีทัศนคติภาพรวมและทัศนคติต่อการดูแลในระดับดี ($M_{adj}=3.79$, $SD_{adj}=0.49$ และ $M_{adj}=4.15$, $SD_{adj}=0.61$) ซึ่งสูงกว่าทัศนคติต่อโรคจิตเวชที่อยู่ในระดับปานกลาง ($M_{adj}=3.31$, $SD_{adj}=0.54$) ทั้งนี้ ทีมสุขภาพเชิงรุกมีทัศนคติภาพรวม ทัศนคติต่อโรคจิตเวช และทัศนคติต่อการดูแลดีกว่าทีมหุ่นส่วนชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.790$, $p<.001$, $t=4.959$, $p<.001$ และ $t=4.914$, $p<.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยปรับฐาน และค่าทีของปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างภาคิเครือข่ายชุมชน ($n=197$)

ตัวแปร	กลุ่ม	Range	M(SD.)	$M_{adj}(SD_{adj})$	df	t-test	p-value
การได้รับข้อมูล	ภาคิเครือข่ายชุมชน	3-10	7.38(1.68)	-			
	ทีมสุขภาพเชิงรุก ($n=100$)	3-10	7.37(1.63)	-	195	-0.147	.883
	ทีมหุ่นส่วนชุมชน ($n=97$)	3-10	7.40(1.75)	-			
การยอมรับ	ภาคิเครือข่ายชุมชน	1-10	6.69(2.05)	-			
	ทีมสุขภาพเชิงรุก ($n=100$)	3-10	6.93(1.79)	-	195	1.665	.098
	ทีมหุ่นส่วนชุมชน ($n=97$)	1-10	6.44(2.27)	-			
ทัศนคติ	ภาคิเครือข่ายชุมชน	22-48	37.92(4.97)	3.79(.49)			
	ทีมสุขภาพเชิงรุก ($n=100$)	29-48	40.06(4.14)	4.01(.41)	195	6.790	.000
	ทีมหุ่นส่วนชุมชน ($n=97$)	22-45	35.72(4.81)	3.57(.48)			
ทัศนคติต่อโรคจิตเวช	ภาคิเครือข่ายชุมชน	7-20	13.27(2.69)	3.31(.54)			
	ทีมสุขภาพเชิงรุก ($n=100$)	8-20	14.16(2.64)	3.54(.53)	195	4.959	.000
	ทีมหุ่นส่วนชุมชน ($n=97$)	7-20	12.36(2.44)	3.09(.51)			
ทัศนคติต่อการดูแล	ภาคิเครือข่ายชุมชน	15-30	24.91(3.56)	4.15(.61)			
	ทีมสุขภาพเชิงรุก ($n=100$)	21-30	26.08(2.54)	4.35(.57)	195	4.914	.000
	ทีมหุ่นส่วนชุมชน ($n=97$)	15-28	23.71(4.04)	3.95(.67)			

ส่วนที่ 4 ความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชน

4.1 ภาคีเครือข่ายชุมชนมีความพร้อมในการดูแลภาพรวม ($M_{adj}=3.24$, $SD_{adj}=0.73$) และทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยมากที่สุด ($M_{adj}=3.30$, $SD_{adj}=0.76$) รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว ($M_{adj}=3.26$, $SD_{adj}=0.68$) และด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล ($M_{adj}=3.15$, $SD_{adj}=0.78$) ตามลำดับ

4.2 ทีมสุขภาพเชิงรุกมีความพร้อมในการดูแลภาพรวม ($M_{adj}=3.36$, $SD_{adj}=0.60$) และทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยมากที่สุด ($M_{adj}=3.54$, $SD_{adj}=0.60$) รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว ($M_{adj}=3.34$, $SD_{adj}=0.68$) และด้านแหล่งสนับสนุน

การดูแล ($M_{adj}=3.19$, $SD_{adj}=0.70$) ตามลำดับ

4.3 ทีมหุ้นส่วนชุมชนมีความพร้อมในการดูแลภาพรวม ($M_{adj}=3.11$, $SD_{adj}=0.82$) และทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวมากที่สุด ($M_{adj}=3.17$, $SD_{adj}=0.90$) รองลงมาคือ ด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล ($M_{adj}=3.12$, $SD_{adj}=0.87$) และด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย ($M_{adj}=3.06$, $SD_{adj}=0.84$) ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบความพร้อมในการดูแลของทีมสุขภาพเชิงรุกกับทีมหุ้นส่วนชุมชน พบว่า ความพร้อมในการดูแลภาพรวมและด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยของทีมสุขภาพเชิงรุกมีมากกว่าทีมหุ้นส่วนชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.458$, $p<.05$ และ $t=4.538$, $p<.001$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยปรับฐาน และค่าทีของความพร้อมในการดูแลระหว่างกลุ่มภาคีเครือข่ายชุมชน ($n=197$)

ตัวแปร		Range	M (SD.)	M_{adj} (SD_{adj})	df	t-test	p-value
ความพร้อมภาพรวม	ภาคีเครือข่ายชุมชน	17-85	55.15(12.23)	3.24(.73)			
	ทีมสุขภาพเชิงรุก (n=100)	21-85	57.24(10.06)	3.36(.60)	195	2.458	.015
	ทีมหุ้นส่วนชุมชน (n=97)	17-78	52.99(13.84)	3.11(.82)			
ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย	ภาคีเครือข่ายชุมชน	6-30	19.81(4.58)	3.30(.76)			
	ทีมสุขภาพเชิงรุก (n=100)	7-30	21.21(3.56)	3.54(.60)	195	4.538	.000
	ทีมหุ้นส่วนชุมชน (n=97)	6-28	18.37(5.06)	3.06(.84)			
ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว	ภาคีเครือข่ายชุมชน	6-30	19.56(4.73)	3.26(.79)			
	ทีมสุขภาพเชิงรุก (n=100)	9-30	20.06(4.02)	3.34(.68)	195	1.510	.133
	ทีมหุ้นส่วนชุมชน (n=97)	6-30	19.04(5.33)	3.17(.90)			
ด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล	ภาคีเครือข่ายชุมชน	5-25	15.78(3.33)	3.15(.78)			
	ทีมสุขภาพเชิงรุก (n=100)	5-25	15.97(3.39)	3.19(.70)	195	0.707	.481
	ทีมหุ้นส่วนชุมชน (n=97)	5-25	15.58(4.34)	3.12(.87)			

ตารางที่ 3 ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของเครือข่ายชุมชน (n=197)

ตัวแปรที่เข้าสมการ	b	SE	Beta	t	p-value
ความพร้อมในการดูแลภาพรวม					
ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล	.917	.167	.367	5.500	.000
การยอมรับบทบาท	1.577	.398	.260	3.965	.000
ได้รับการอบรม	3.264	1.536	.127	2.126	.035
ค่าคงที่	11.680	6.002		1.946	.049
$R = .580, R^2 = .336, R^2_{adj} = .326, F = 46.549, p < .001$					
ความพร้อมในการดูแลด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย					
ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล	.340	.061	.366	5.565	.000
การยอมรับบทบาท	.585	.146	.260	4.008	.000
ได้รับการอบรม	1.530	.563	.160	2.716	.007
ค่าคงที่	3.918	2.202		1.779	.077
$R = .594, R^2 = .353, R^2_{adj} = .343, F = 35.627, p < .001$					
ความพร้อมในการดูแลด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว					
ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล	.383	.066	.402	5.824	.000
การยอมรับบทบาท	.441	.159	.192	2.775	.006
ค่าคงที่	2.096	2.234		.938	.349
$R = .519, R^2 = 0.269, R^2_{adj} = 0.262, F = 35.762, p < .001$					
ความพร้อมในการดูแลด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล					
ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล	.555	.134	.294	4.155	.000
การยอมรับบทบาท	.213	.055	.273	3.864	.000
ค่าคงที่	3.980	1.876		2.122	.035
$R = .484, R^2 = 0.235, R^2_{adj} = 0.227, F = 29.730, p < .001$					

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชน

5.1 ความพร้อมในการดูแลภาพรวม: ตัวแปรทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล (B=.367, $p < .001$) การยอมรับบทบาทการดูแล (B=.260, $p < .001$) และการได้รับการอบรม (B=.127, $p < .001$) สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลภาพรวมของภาคีเครือข่ายชุมชนได้ร้อยละ 33.6 ($R^2 = .336, R^2_{adj} = .326, F = 46.549, p < .001$) ดังสมการ

$$Z_{\text{ความพร้อมภาพรวม}} = .367(Z_{\text{ทัศนคติ}}) + .260(Z_{\text{การยอมรับบทบาท}}) + .127(Z_{\text{การได้รับการอบรม}})$$

5.2 ความพร้อมในการดูแลด้านการตอบสนองต่อ

ความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย: ตัวแปรทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล (B=.366, $p < .001$) การยอมรับบทบาทการดูแล (B=.260, $p < .001$) และการได้รับการอบรม (B=.160, $p < .01$) สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยของภาคีเครือข่ายชุมชนได้ร้อยละ 35.30 ($R^2 = .353, R^2_{adj} = .343, F = 35.627, p < .001$) ดังสมการ

$$Z_{\text{ความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย}} = .366(Z_{\text{ทัศนคติ}}) + .260(Z_{\text{การยอมรับบทบาท}}) + .160(Z_{\text{การได้รับการอบรม}})$$

5.3 ความพร้อมในการดูแลด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว: ตัวแปรทัศนคติต่อโรคจิตเวชและ

การดูแล ($B=.402, p<.001$) และการยอมรับบทบาทการดูแล ($B=.192, p<.01$) สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวของภาคีเครือข่ายชุมชนได้ร้อยละ 26.90 ($R^2=0.269, R^2_{adj}=0.262, F=35.762, p<.001$) ดังสมการ

$$Z_{\text{ความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการครอบครัว}} = .402(Z_{\text{ทัศนคติ}}) + .192(Z_{\text{การยอมรับบทบาท}})$$

5.4 ความพร้อมในการดูแลด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล: ตัวแปรทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล ($B=.294, p<.001$) และการยอมรับบทบาท ($B=.273, p<.001$) สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลด้านแหล่งสนับสนุนการดูแลของภาคีเครือข่ายชุมชนได้ร้อยละ 23.5 ($R^2=0.235, R^2_{adj}=0.227, F=29.730, p<.001$) ดังสมการ

$$Z_{\text{ความพร้อมด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล}} = .294 (Z_{\text{ทัศนคติ}}) + .273 (Z_{\text{การยอมรับบทบาท}})$$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้ช่วยเติมเต็มองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนซึ่งครอบคลุมทั้งทีมสุขภาพเชิงรุกและทีมหุ้นส่วนชุมชนพร้อมทั้งอธิบายปัจจัยที่ร่วมทำนายความพร้อมดังกล่าวในบริบทพื้นที่จังหวัดชลบุรีที่มีความหลากหลายของชุมชนทั้งชุมชนเมือง ชุมชนชนบท และชุมชนอุตสาหกรรม คณะผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรี

ภาคีเครือข่ายชุมชนในจังหวัดชลบุรีมีความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชทั้งภาพรวมและรายด้าน (ได้แก่ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว และด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล) ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษาระบุว่า สมาชิกในทีมสุขภาพเชิงรุกที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และสมาชิกในทีมหุ้นส่วนชุมชนที่เป็นอาสาสมัคร/จิตอาสา และผู้นำชุมชนนั้นรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติบทบาทการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชระยะยาวในชุมชนให้คล่องตัวในระดับหนึ่งแต่ยังไม่

มากพอที่จะสามารถปฏิบัติได้ดี ถึงแม้จังหวัดชลบุรีจะมีการสนับสนุนการทำบทบาทดังกล่าวผ่านกระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับทุกภาคีเครือข่ายในชุมชน^{22,23} ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากภาคีเครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่ไม่ใช่ผู้ที่มีความชำนาญเฉพาะทางโรคจิตเวช อาทิ ทีมสุขภาพเชิงรุกส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพแต่ไม่ใช่พยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช หรือเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชเชิงลึกน้อย ประกอบกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความเฉพาะแตกต่างจากภาวะเรื้อรังทางกายทั้งในแง่ของอาการและอาการแสดงซึ่งเกิดจากสิ่งกระตุ้นจากภายในและภายนอกตัวผู้ป่วยที่ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ และส่งผลต่อทางกาย จึงทำให้ยากต่อการคาดการณ์การแสดงออกหรือพฤติกรรม ทำให้มุมมองการรับรู้เกี่ยวกับผู้ที่เจ็บป่วยและกิจกรรมการดูแลนั้นมีความซับซ้อนและยุ่งยาก⁷ ซึ่งการปฏิบัติดูแลให้บรรลุตามเป้าหมายต้องอาศัยความพร้อมหลายด้าน ทั้งการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย เช่น การประเมินอาการผิดปกติที่แสดงถึงการกำเริบของโรค การจัดการอาการ/พฤติกรรมผิดปกติ เป็นต้น^{3,6} และการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว เช่น การสังเกตและจัดการอาการ การให้คำปรึกษาทั้งกับผู้ที่เจ็บป่วยและครอบครัว เป็นต้น^{5,14} นอกจากนี้การดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชในชุมชนยังต้องอาศัยแหล่งประโยชน์ทางกฎหมาย สิทธิคุ้มครอง สิ่งสนับสนุนการดูแล และเครือข่ายที่หลากหลาย เช่น กลุ่มผู้ที่เจ็บป่วย กลุ่มญาติผู้ดูแล กลุ่มนักวิชาการ หรือองค์กรต่าง ที่เกี่ยวข้อง^{3,9,10} จึงทำให้ภาคีเครือข่ายชุมชนรับรู้ว่ามีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลหรือครอบครัวที่ดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชที่พบว่ายังขาดความพร้อมในการดูแล¹⁴ หรือมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง²⁴

เมื่อพิจารณาความพร้อมในการดูแลของทีมสุขภาพเชิงรุก พบว่า มีความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว และด้านแหล่งสนับสนุนการดูแลตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทีมสุขภาพเชิงรุกได้เรียนและฝึกทักษะในศาสตร์ของการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพมา

โดยตรงร่วมกับการได้รับการอบรมตามนโยบายการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรระดับปฐมภูมิ³ จึงทำให้มีคะแนนความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยมากกว่าด้านอื่น แต่อาจยังไม่มากพอ เพราะส่วนใหญ่บุคลากรที่ไม่ได้มีประสบการณ์ที่หลากหลายในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชเชิงลึก จึงมีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ความพร้อมด้านแหล่งสนับสนุนการดูแลนั้นมีคะแนนน้อยที่สุดอาจเนื่องมาจาก ระบบบริการการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชในชุมชนต้องอาศัยการเชื่อมโยงแหล่งทรัพยากรและเครือข่ายการให้ความช่วยเหลือและการให้คำแนะนำที่เฉพาะทางเชิงลึก รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่องระหว่างเครือข่ายบริการระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ ปฐมภูมิ และชุมชน⁴ แต่ปัจจุบันระบบการเชื่อมโยงดังกล่าวยังไม่ทั่วถึงเพียงพอในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช¹⁴ ร่วมกับทีมสุขภาพเชิงรุกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมในการดูแลไม่เกิน 5 ปี (ร้อยละ 81.70) จึงอาจมีจำนวนและขนาดของแหล่งทรัพยากรและเครือข่ายไม่มาก จึงส่งผลต่อความพร้อมดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. มีความพร้อมในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง⁶

สำหรับความพร้อมในการดูแลของทีมหุ้นส่วนชุมชนพบว่า มีความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล และด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยตามลำดับ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกในชุมชนนั้นจะรู้จักคนในชุมชนและเข้าใจในปัญหาเบื้องต้นของผู้ที่เจ็บป่วยและครอบครัว จึงรู้สึกว่าคุณเองนั้นสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวและแสวงหาแหล่งสนับสนุนการดูแลได้ ดังสะท้อนในกิจกรรมการดูแล 3 อันดับแรก ได้แก่ (1) ช่วยเหลือและส่งเสริมสุขภาพจิตใจแก่ครอบครัว (2) ให้ข้อมูลสิทธิ แหล่งประโยชน์ และสิ่งสนับสนุนการดูแลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และ (3) ช่วยเหลือและสนับสนุนทางด้านสังคมแก่ครอบครัว ในขณะที่การปฏิบัติต่อตัวผู้ที่เจ็บป่วยโดยตรงนั้นมีความซับซ้อนดังที่กล่าวข้างต้น ประกอบกับทีมเครือข่ายมีทัศนคติยังไม่ค่อยดีต่อโรคจิตเวช จึงทำให้ผลการศึกษาพบว่า ทีมหุ้นส่วนชุมชนมีความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยน้อยที่สุด และน้อยกว่าทีม

สุขภาพเชิงรุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทีมหุ้นส่วนชุมชนอย่าง อสม. มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชในชุมชน¹³

2. ปัจจัยที่ร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนทั้งภาพรวมและรายด้านทุกด้าน คือ ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแลและการยอมรับบทบาทการดูแล โดยตัวแปรที่ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแลสามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชภาพรวม ($B=.367, p<.001$) ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย ($B=.366, p<.001$) ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว ($B=.402, p<.001$) และด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล ($B=.273, p<.001$) อาจเนื่องมาจากทัศนคติเป็นปัจจัยที่สะท้อนความรู้สึกของบุคคลว่า เห็นด้วย/ไม่เห็นด้วยต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งทัศนคติจะชี้้นำให้ปฏิบัติบทบาทที่แน่นอนมีเผชิญสถานการณ์ในทิศทางทางบวกหรือลบ¹² ซึ่งหากภาคีเครือข่ายชุมชนมีทัศนคติด้านบวกต่อโรคจิตเวช อาทิ เป็นโรคที่ไม่อันตรายและสามารถเข้าใจผู้ที่เจ็บป่วยหรือทำกิจกรรมร่วมกันได้ ก็จะไม่กลัว ตีตรา หรือรังเกียจผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช ยิ่งมีทัศนคติที่ดีว่า ผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชที่ได้รับการรักษาหรือดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมอาการ ดูแลตนเอง และกลับสู่สังคมได้อย่างปกติ โดยชุมชนควรมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแล ก็จะเกิดแรงจูงใจภายในที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแล พยายามแสวงหาความรู้ ทักษะ ทรัพยากร และเครือข่ายรอบตัว เพื่อพัฒนาตนเองให้มีความพร้อมสามารถปฏิบัติบทบาทตามที่คาดหวังได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของ อสม.ในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ($r=.344, p<.001$)²⁵ และสามารถทำนายความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช ($B=.407, p<.001$)²⁴ ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ($B=.220, p<.001$)¹⁵

เมื่อร่วมกับปัจจัยการยอมรับบทบาทการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชได้ช่วยเพิ่มอำนาจร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลมากขึ้น ดังผลการวิจัยที่พบว่า ตัวแปรการยอมรับบทบาทการดูแลสามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับ

โรคจิตเวชภาพรวม ($B=.260, p<.001$) ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย ($B=.260, p<.001$) ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว ($B=.190, p<.01$) และด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล ($B=.294, p<.001$) อธิบายได้ว่า บุคคลที่มีการยอมรับหรือเต็มใจในการปฏิบัติบทบาท แสดงว่า บุคคลนั้นเข้าใจบทบาทของตนเอง เห็นความจำเป็นให้มีความสำคัญ และให้คุณค่ากับการปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ส่งผลให้เกิดแรงบันดาลใจ จูงใจ และพร้อมที่จะแสดงบทบาท¹² ซึ่งเมื่อภาคีเครือข่ายชุมชนยอมรับว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชนั้นเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญ เป็นสิ่งที่มีคุณค่า ทำแล้วเกิดประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม ไม่ขัดแย้งหรือกีดกันในบทบาท เมื่อยังยอมรับมากเท่าไร ก็จะเกิดแรงจูงใจภายในแสวงหาแนวทางในการพัฒนาตนเอง ส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแลเพิ่มขึ้นตามมา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเตรียมความพร้อมให้ครอบครัวและชุมชนควรทำให้ยินยอมและเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในการดูแล แล้วก็จะเปิดใจในการปรับตัวเข้าหากัน ส่งผลให้เกิดความพร้อมตามมา¹⁴

นอกจากนี้ การได้รับการอบรมยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลของภาคีเครือข่ายชุมชนให้มากขึ้น ได้แก่ ความพร้อมในภาพรวม ($B=.127, p<.001$) และด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย ($B=.160, p<.01$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การได้รับการอบรมเป็นการได้รับการเตรียมการทั้ง ความรู้ และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแล จึงนำไปสู่ความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วย¹² ซึ่งหากภาคีเครือข่ายชุมชนโดยเฉพาะทีมหุ่นส่วนชุมชนที่ไม่ได้ศึกษาศาสตร์ทางการดูแลสุขภาพมาก่อนได้รับการฝึกอบรมทั้งการอธิบายและสอนสาธิตจะทำให้ความเข้าใจในสถานการณ์ และมีทักษะในการดูแล จึงช่วยเพิ่มความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หากผู้ดูแลได้รับการอบรมจะช่วยเพิ่มความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต การได้รับการอบรมก่อนดูแลสามารถทำนายความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช ($B=.126, p<.01$)²⁴ แต่ตัวแปรการได้รับการอบรมไม่สามารถทำนายความพร้อมด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว และด้านแหล่งสนับสนุนการดูแลนั้น อาจเนื่องมาจากความพร้อมในการทำกิจกรรมการดูแลดังกล่าวเป็นการปฏิบัติ

พื้นฐานไม่ได้เชิงลึกเหมือนการปฏิบัติโดยตรงกับผู้อยู่กับโรคจิตเวช เช่น ให้กำลังใจครอบครัว ดูแลช่วยเหลือทางด้านสังคม หาเครือข่าย เป็นต้น จึงทำให้เป็นตัวแปรที่ไม่แตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างจึงไม่สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลได้ สำหรับตัวแปรการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่สามารถทำนายความพร้อมได้ ถึงแม้จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะช่วยเพิ่มศักยภาพในการทำบทบาทของภาคีเครือข่ายชุมชนนั้น¹² อาจเนื่องมาจาก ปัจจุบันมีรูปแบบข้อมูลข่าวสารและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากมาย เช่น เอกสาร แผ่นพับ คลิปเสียง หรือวิดีโอ และภาคีเครือข่ายสามารถเข้าถึงช่องทางในการรับข้อมูลข่าวสารที่หลากหลายผ่านหน่วยบริการและสื่อออนไลน์ จึงทำให้เป็นตัวแปรที่ไม่แตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างจึงไม่สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลได้

จากข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า ทศคนติดต่อโรคจิตเวชและการดูแล การรับรู้บทบาทการดูแล และการได้รับการอบรมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยชี้แนะให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชได้ ซึ่งสอดคล้องกับ ICC¹² ที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนทั้งผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพอย่างทีมสุขภาพเชิงรุกหรือผู้ที่อาสาเข้ามาช่วยเหลืออย่างทีมหุ่นส่วนชุมชน ซึ่งจะปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดจำเป็นต้องได้รับการกระตุ้น/สร้างแรงจูงใจในการดูแลจนเกิดทัศนคติที่ดีต่อบทบาท การยอมรับบทบาทการดูแล และการเตรียมการโดยได้รับการฝึกอบรมทักษะในการดูแลที่มีคุณภาพตามขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละทีม จะนำไปสู่การเกิดความพร้อมของเครือข่ายชุมชนในภาพรวมและรายได้นำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์กัน ส่งเสริมกัน และช่วยเหลือเกื้อกูลอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การดูแลที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวช ครอบครัว และผู้อื่นในชุมชน รวมถึงระบบการดูแลระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหาร พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ องค์กรส่วนปกครองท้องถิ่น และผู้นำชุมชนควรให้ความสำคัญกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชนทั้งทีมสุขภาพเชิงรุกและทีมหุ่นส่วนชุมชน โดยกำหนด

นโยบายการสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายชุมชนในระบบการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยจิตเวชระยะยาว พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนยกระดับความพร้อมการดูแลฯ ของเครือข่ายดังกล่าว ครอบคลุมทุกด้านตามบริบทและสถานการณ์ของพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชในชุมชน

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิควรพัฒนาภาคีเครือข่ายชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ประกอบด้วย ทีมสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรทางสุขภาพอื่นใน รพ.สต. ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขและเจ้าพนักงานสาธารณสุข) หรือในทีมหุ้นส่วนชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการ (ได้แก่ นายก อบต. เจ้าหน้าที่/สมาชิก อบต. หรือกำนัน/ผู้ใหญ่) และไม่เป็นทางการ (ได้แก่ ผู้นำทางศาสนาหรือผู้ที่ได้รับการนับถือในชุมชน) โดยการเสริมสร้างความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชโดยมองภาพรวมของภาคีเครือข่ายชุมชนทั้งด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย ด้านการตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว และด้านแหล่ง

สนับสนุนการดูแล หรือในส่วนที่ขาดของแต่ละทีม ผ่านพัฒนาโปรแกรม/รูปแบบ/กลวิธีที่ส่งเสริมความพร้อมฯ โดยเน้นการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแล เพิ่มการยอมรับบทบาทการดูแล และจัดการอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการดูแลเพิ่มเติมเพื่อให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็น ผ่านช่องทางการเตรียมความพร้อมในที่ตั้ง (ชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ) ผ่านช่องทางเทคโนโลยีสารสนเทศหรือสื่อออนไลน์ต่าง ๆ เพื่อเพิ่มทางเลือกในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ เพื่อให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชได้อย่างมั่นใจ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการดูแลผู้ที่อยู่กับโรคจิตเวชของภาคีเครือข่ายชุมชน ทั้งทีมสุขภาพเชิงรุกและทีมหุ้นส่วนชุมชน โดยคำนึงถึงปัจจัยที่ทำนายความพร้อมในการดูแล ได้แก่ ทัศนคติต่อโรคจิตเวชและการดูแล การยอมรับบทบาทการดูแล และการได้รับการอบรม ร่วมกับการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าว

References

1. Larsen P. Lubkin's Chronic Illness: Impact and Intervention. In: Intervention LsClla, editor. 9 ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2016.
2. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S, et al. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Results from the Thai national mental health survey 2013. Nontaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
3. National Health Security Office (NHSO). Manual of community care for chronic psychiatric patients for personnel of the primary care unit. Bangkok: Saeng Chan Press Limited Partnership; 2016. (in Thai)
4. Department of Mental Health Ministry of Public Health. Strategic Plan, Department of Mental Health: During the National Economic and Social Development No.12 2017-2021. Nontaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
5. Chankham W. The development of psychiatric and mental health care system in the community: Roles of Psychiatric nurses. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2016;30(3): 1-9. (in Thai)

6. Prasertyod S, Suttarungsee W, Intanon T. Readiness of professional nurses in mental health and psychiatric practices at Tambon Health Promoting Hospitals, Suratthani province. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2015;35(1):101-18. (in Thai)
7. Poonnotok P, Kaewmart N, Asarath T, Pratoomsri W. Making it better: Experiences of Thai caregivers in managing psychotic symptoms of persons with schizophrenia. *Journal of Health Research* 2019;33(3):238-46.
8. Shiraishi N, Reilly J. Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: A systematic review and qualitative meta-summary. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2019;54(3):277-90. (in Thai)
9. Juntapim S, Nuntaboot K. Care of schizophrenia patients by the community. *Journal of Nursing and Health Care* 2018;36(2):68-76. (in Thai)
10. Phuttharod P. Continuing care process in schizophrenia patients by caregiver and community network. *Journal Mental Health Thailand* 2016;24(2):122-9. (in Thai)
11. Health Education Division. Building networking and community participation in health behavior modification. Nontaburi: Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; 2013. (in Thai)
12. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: Building blocks for actions: global report (No. WHO/MNC/CCH/02.01). Geneva: World Health Organization; 2002.
13. Chiuymee S, Sangon S, Nintachan P. The study of community psychiatric and mental health practice among village health volunteers. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2017;31(1):41-59. (in Thai)
14. Thiensan T. Psychiatric and mental health nurses with the roles of family preparedness of schizophrenic patients cares in the community. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University* 2018;30(2):67-77. (in Thai)
15. Piriyaarachai N, Sasat S. Factors predicting caregiver's readiness for dependent older persons in transition period on hospital to home. *The Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2018;19(3): 231-40. (in Thai)
16. Rodsun P, Chamroonsawasdi K, Yodmai K, Kittipichai W. Influencing factors on readiness of personnel in local administrative organization on teenage pregnancy prevention and solution, Nakhon Nayok province. *Christian University Journal* 2019;26(1):13-27. (in Thai)
17. Wongpredee A. Local communities' preparedness for health management: A case of local administrative organizations in the Upper Northeast in Thailand. *Local Administration Journal* 2015;8(1):1-15. (in Thai)
18. The center system for providing psychiatric patients in Thailand, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Report of patients receiving psychiatric services [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 15]. Available from: <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp>.

19. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 10 ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health; 2017.
20. Srisatidnarakul B. Development and validation of research instruments: Psychometric properties (in Thai). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2012. (in Thai)
21. Best JW, Kahn JV. Research in Education. 10 ed. Boston: Pearson Education; 2006.
22. Mental Health Center. Work manual of process 3: Transferring of innovation, knowledge, and technology to promote and prevent mental health problems for the networks. Chonburi: Mental Health Center, Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
23. Mental Health Center. Service manual of process 2: Transferring of knowledge and technology to promote and prevent mental health problems for the village health volunteers. Chonburi: Mental Health Center, Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
24. Tassanatanachai A, Poonnotok P, Lawang W, Suksawat S, Sunsern R. Predictors of care readiness for persons with psychiatric illness in family caregivers, Chonburi province. The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University 2020;28(2):106-21. (in Thai)
25. Heakham N, Lawang W, Rattanaagreeethakul S. Factors related to care readiness for persons with dementia among village health volunteers. Journal of Nursing and Education 2020;13(4):1-17. (in Thai)

